

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 170

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ruptures de l'Urèthre Pénien

PAR TRAUMATISME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHRISTO K. STOITCHOFF

Né à Stanimaka (Bulgarie), le 4 septembre 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^e

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 170

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Ruptures de l'Urèthre Pénien

PAR TRAUMATISME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHRISTO K. STOÏTCHOFF

Né à Stanimaka (Bulgarie), le 4 septembre 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. AUGAGNEUR. Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. ROLLET et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études nous avons à cœur de remercier notre parent M. le Colonel N. Ivanoff, à l'obligeance duquel nous devons en grande partie la possibilité matérielle de poursuivre nos études.

A tous les maîtres de l'Ecole Lyonnaise, dont l'enseignement nous a si vivement intéressé, nous présentons l'hommage de notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier sans ingratitude nos professeurs de Nancy MM. Bernheim, Nicolas, Jacques et le regretté doyen M. Heidenreich.

Quant à M. le Professeur Augagneur, qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude pour nous avoir confié le sujet de cette thèse, et avoir bien voulu en accepter la présidence.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Par *rupture* de l'urèthre pénien, il ne faut pas seulement comprendre la solution de continuité par exagération de tension ou l'éclatement des parois derrière un obstacle (un rétrécissement, par exemple), mais encore toute solution de continuité, complète ou incomplète, produite brusquement par excès de distention, par exagération de courbure ou de torsion, par constriction et par contusion.

Avant la rupture, l'urèthre peut être malade ou sain.

Si l'urèthre s'est rompu à cause de l'altération de sa paroi par une affection antérieure — le plus fréquemment la blennorrhagie — ou que la formation de la corde ait suscité une tentative brusque de la part de l'individu, pour le redressement, ou encore, que la rupture se soit produite sans cause traumatique évidente, nous aurons dans tous ces cas une *rupture pathologique*.

La rupture du canal pénien peut être, aussi, causée par une constriction prolongée due à un anneau

en caoutchouc, en métal, etc. La diminution du calibre uréthral, puis l'inflammation des parties serrées et le gonflement consécutif des tissus voisins, interceptent de plus en plus l'écoulement de l'urine, dont l'impulsion finit par rompre l'urèthre, afin de se frayer passage. Ce sont les *ruptures par constriction*.

Enfin, l'urèthre a pu être sain préalablement et il a fallu, pour le rompre, une cause spéciale, brutale le plus souvent, un véritable traumatisme de diverses variétés : nous aurons, dans ce cas, *rupture par traumatisme*.

Dans ce présent travail nous ne nous occuperons, ni des ruptures pathologiques, ni de celles survenues à la suite d'une constriction. Ce sont, uniquement, les ruptures par *cause purement traumatique* qui feront l'objet de notre étude.

Exception, cependant, est faite pour les cas douteux, où il est difficile, sinon impossible, de déterminer la part qui revient à l'agent pathologique et à l'agent traumatique.

La rupture de l'urèthre pénien, par cause traumatique, n'est pas, en elle-même, une affection sérieuse ; si nous lui consacrons notre travail inaugural, c'est à cause de la gravité qu'elle présente par l'ensemble de ses complications qui aboutissent, parfois, à une issue fatale.

C'est assurément cette considération qui a déterminé notre honoré maître, M. le Professeur Augagneur à nous conseiller ce sujet et aussi le fait que la littérature uro-génitale est relativement très pauvre en documents qui le concernent.

Malgré de laborieuses recherches, c'est à peine si nous avons pu réunir les vingt observations énoncées plus loin. Notre tâche a été de les étudier sous tous les rapports afin d'arriver à des conclusions générales et précises, soit sur l'étiologie, les symptômes, les complications et la terminaison de la maladie, soit sur son traitement.

Bien loin de nous dissimuler l'imperfection de notre travail nous sentons, au contraire, qu'il a besoin de beaucoup d'indulgence, d'abord, pour ce qui concerne le fond et puis et surtout, pour ce qui a trait à la forme. Tout en faisant de notre mieux, nous n'avons su que bien mal nous servir d'une langue qui n'est pas la nôtre.

Voici le plan que nous suivrons :

CHAPITRE I. — HISTORIQUE.

CHAPITRE II. — ETIOLOGIE.	{ Causes prédisposantes.	{ Blennorrhagie (?). Sénilité (?). Erection.
	{ Causes déterminantes..	{ Choc de diverses natures Coït.

CHAPITRE III. — Symptômes.	{ Douleurs. Syncope. Uréthrorrhagie. Miction douloureuse ou difficile. Ecchymoses. Gonflement.
----------------------------	---

CHAPITRE. IV. — COMPLICATIONS, MARCHE, TERMINAISON ..	Immédiates.....	Rétention d'urine.
	(ou à peu près)	Infiltration.
		Rupture des corps caverneux
		Fièvre urinaire.
		Gangrène.
		Septicémie.
		Fistules.
		Etat moral.
		Abcès urinaires.
	Eloignées.....	Fistules.
		Rétrécissement.
		Pénis en arc.

CHAPITRE V. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

CHAPITRE VI. — TRAITEMENT.

CHAPITRE VII. — OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Il serait absurde d'expliquer, chez les auteurs anciens, la pénurie d'observations et d'études concernant la rupture de l'urèthre pénien, par la non existence de cette lésion, à cette époque. Celle-ci a dû, évidemment, exister depuis Adam, s'il nous est permis de nous exprimer aussi peu scientifiquement.

Ce que le sujet comporte de scabreux a seul, à notre avis, dû empêcher les Esculapes des temps passés de publier les cas *intéressants* et les malades de se montrer aux médecins.

Le célèbre chirurgien Ambroise Paré, celui qui disait modestement, quand il sauvait un malade : « je le soignai, Dieu le garit », ne fait allusion aux ruptures de l'urèthre pénien que pour nous dire qu'il s'abstiendra d'en parler.

Dans la première moitié de notre siècle, le silence est rompu une première fois par Franc (Pierre),

chirurgien à Pavie, qui consacre, dans son « *Traité de médecine pratique* », une étude assez étendue aux ruptures de l'urèthre ; nous y trouvons relaté un cas survenu chez un jeune homme qui tomba contre terre, le pénis en érection.

Puis, c'est en 1840, Franc (J.), de Montpellier, qui publie un ouvrage très complet sur le mécanisme, les causes et les symptômes des lésions de l'urèthre.

Même dans les livres classiques de la seconde moitié de notre siècle, la mention qui est faite des ruptures en question, est des plus succinctes. C'est seulement dans Voillemier et Demarquay, que l'on peut trouver des descriptions plus étendues.

En 1853, Huguier communiqua un cas de rupture à la Société de chirurgie ; en 1871, Bollard en cite deux dans sa thèse ; en 1878, c'est Terrillon qui nous en donne trois dans sa thèse d'agrégation et, enfin, Camis-Débat (thèse de Paris, 1885), nous en fournit une.

Mais, c'est avec Guyon que commence l'étude la plus systématique des lésions des voies génito-urinaires. Les « *Annales des maladies génito-urinaires* », publiées, mensuellement, depuis 1883, sous sa savante direction, nous ont été un précieux auxiliaire : nous y avons trouvé toute une série d'intéressantes observations.

A cette liste nous ajouterons trois cas inédits que nous avons trouvés dans les archives de l'Hospice de l'Antiquaille — service de M. le professeur Augagneur.

CHAPITRE II

Etiologie

Comme *cause prédisposante* de la rupture du canal pénien, il serait déplacé d'insister sur une syphilis antérieure, puisque, dans nos observations, nous ne trouvons qu'un seul syphilitique (Obs. XIX), qui a, du reste, une *blennorrhagie*.

Cette dernière, que nous voyons six fois (Obs. II, VI, IX, XI, XII, XIX) est donc une cause plus fréquente. Il n'est pas impossible, en effet, que le changement imprimé à la surface du canal de l'urèthre par le gonocoque de Neisser, ne soit en état de contribuer à une fragilité relative de cette surface.

Bien que nous ne trouvions que deux cas de rupture chez des personnes âgées, nous n'en croyons pas moins que la *sénilité* joue un grand rôle dans la production de l'affection. La membrane uréthrale ne fait pas exception quant à la tendance fatale qu'ont certains de nos tissus à s'infiltrer d'éléments calcaires : d'où un manque de souplesse pour cette membrane.

Pourtant, si peu de nos observations concernent des vieillards c'est que, de par leur âge, ils sont peu exposés aux causes déterminantes : ils ne se livrent pas si souvent au coït, y mettent peu d'ardeur et sont pleins de précautions.

Mais, si nous attachons plus ou moins d'importance à la blennorrhagie et à la sénilité, il y a une cause prédisposante de premier ordre : *l'état d'érection de la verge*. Là membrane uréthrale étant, alors, d'une grande minceur et ayant acquis son maximum de tension, il suffit qu'une cause quelconque vienne encore la distendre davantage pour que la rupture soit imminente.

Les corps caverneux, en complète réplétion, peuvent être cause de la rupture en opposant au canal, qui vient s'y butter d'un côté, une forte résistance : la rupture a lieu alors du côté opposé au contact.

Neuf de nos observations ont pour cause prédisposante l'état d'érection du pénis, sans compter que dans plusieurs cas le malade, ou celui qui a pris son observation, ont, sans doute, omis de la mentionner.

Les *causes déterminantes* sont aussi nombreuses que variées : tantôt, c'est un cheval qui lance un malencontreux coup de sabot (Obs. IV, XIX) tantôt, c'est un coup de pied d'homme, ce qui revient au même. Parfois, la rupture est due à un choc quelconque : ainsi, dans notre Obs. XVII, le sujet s'est heurté à la selle de son tricycle ; dans la VI^e le malade a reçu un coup de pincettes, le jeune homme de Pierre Franc a fait une malheureuse chute contre

terre, la verge étant en érection ; notre Obs. XVIII nous parle d'un matelot qui reçut un coup de cale.

Il arrive, aussi, que l'accident se produit quand le pénis est serré entre deux objets. C'est le cas de ce pauvre garçon qui, en chemise, le soir de ses noces, voulant changer de toilette, pousse le tiroir de sa commode résistant à l'effort de ses mains, avec la partie supérieure de ses cuisses : la verge pendante se trouva prise dans l'entrebaillement du tiroir (Obs. V). C'est ensuite un peintre qui eut sa verge pincée par les deux bouts supérieurs des montants de l'échelle sur laquelle il travaillait (Obs. XVI).

Notre Obs. XX nous renseigne sur un autre mécanisme : la torsion. C'est une femme, qui, inopinément, serra et tordit très violemment la verge de son mari.

Enfin dans l'Obs. X c'est une roue passant sur le corps du sujet qui causa la rupture.

Mais toutes ces causes accidentelles sont rares ; la cause principale, celle que nous trouvons neuf fois sur vingt, celle que le Dr Waston relève quatre fois sur cinq malades soignés dans son service à Boston, c'est le *coït*.

L'impatience du mâle à parvenir très vite à la jouissance sexuelle finale, le peu d'expérience pour trouver le bon chemin, et le désir d'éprouver des sensations raffinées en recourant à des positions peu habituelles, tout ceci peut occasionner des chocs malencontreux et déterminer la rupture de l'urèthre pénien. La femme peut aussi y contribuer pour une large part, soit par l'imprudence d'un

faux mouvement, soit par la résistance de son hymen.

Vu tout ceci, il ne serait pas superflu, nous le pensons, d'insister sur les précautions à observer pour l'accomplissement de l'acte sexuel, d'abord pour tous ceux qui en sont capables encore, et puis et surtout, pour les jeunes mariés.

CHAPITRE III

Symptômes.

Une *douleur* vive, parfois d'une extrême intensité, est le premier sentiment qu'éprouve le blessé ; la volupté peut, quelquefois, la masquer au début — elle ne tarde pas moins à se faire sentir.

La *syncope*, sans être la règle, peut être fréquente.

Quand la rupture uréthrale est accompagnée de la fracture des corps caverneux, *un bruit sec* — un craquement — se fait toujours entendre ; on dirait, par exemple, qu'une baguette en bois s'est brisée.

Le malade ressent comme une *angoisse*, une espèce de terreur, ce qui est facilement explicable, par la crainte de perdre un si précieux organe.

Le plus souvent de suite, parfois un peu plus tard, on voit sourdre du *sang par le méat* : le symptôme est pathognomonique. Dans certains cas, la quantité de sang qui s'écoule est énorme — voir l'obs. XII où le jet de l'*uréthorragie* fut de 25 cm.

Les *ecchymoses* peuvent se former aux endroits

contusionnés; le *gonflement* n'est point rare, surtout si les corps caverneux sont rompus, il est dû à l'*épanchement* interstitiel du sang.

Aussi, il est possible que cet épanchement se produise sous le fourreau de la verge et même entre les membranes uréthrale et fibreuse - limitante des corps caverneux.

Si la *miction* n'est pas entravée, elle est très *douloureuse*.

CHAPITRE IV

Complications, marche, terminaison.

Dans les ruptures de l'urèthre pénien, il n'est pas rare de voir survenir des complications plus ou moins variées et plus ou moins graves.

D'abord, c'est la miction qui subit des troubles profonds. Par suite, d'une part, de la diminution du calibre uréthral (diminution causée par le gonflement), et, d'autre part, par suite de la déchirure uréthrale, qui forme une espèce de valvule, le passage de l'urine est intercepté de ce fait, et la *réten-*
tion — constituée.

N'omettons pas le cas où celle-ci peut être causée par un *caillot sanguin obstruant le canal uréthral*.

Si l'intervention du chirurgien n'est pas réclamée, l'*infiltration urinaire* ne se fait pas attendre: la verge augmente considérablement de volume; le prépuce et le fourreau sont lisses; l'urine continue à disséquer les tissus au point de gagner le scrotum,

la fièvre urineuse se déclare. le pouls est fréquent, la température atteint et dépasse 39°, le malade est très agité, ne dort plus, l'anorexie devient complète et la langue brunâtre.

L'urine infiltrée amène une gangrène de la verge, — voire même du scrotum et du périnée.

L'élimination des eschares laisse la verge et les testicules à nu.

C'est à ce moment que la septicémie est à craindre, car elle entraînerait infailliblement la mort ; c'est le cas des observations III et XX et très probablement aussi de l'observation VII.

Par bonheur, le médecin intervient avant que la maladie ait pris une si vilaine tournure.

Pourtant, il est possible qu'il ne parvienne pas à faire le cathétérisme et le plus petit numéro de la filière est même incapable de se frayer un passage jusqu'à la vessie. Il est donc de toute nécessité de recourir alors à la ponction.

Voici maintenant une autre complication : il n'est pas rare de voir se former des *fistules* à cause des incisions pratiquées pour vider l'épanchement sanguin ou urinaire ; elles peuvent aussi survenir spontanément, si l'obstacle rencontré par l'urine est très résistant.

Si, enfin, les *corps caverneux sont fracturés* et l'urèthre déchiré tout à la fois, on voit survenir à l'endroit blessé une *induration plastique* qui, unie à une cicatrisation vicieuse, peut rendre l'intromission, sinon impossible, du moins fort difficile, *la verge formant un arc*.

Tout ce qui précède concerne les complications plus ou moins immédiates, mais il en est qui surviennent après une durée plus ou moins longue. Ainsi l'observation XVII nous conte le cas de ce cycliste qui, sans avoir eu, dès l'abord de complications sérieuses, vit se former, par la suite, un *abcès urineux*, lequel, s'ouvrant spontanément, donna naissance à une fistule.

Il est une complication tardive, que peut redouter, avec raison, tout individu qui a eu une rupture de l'urèthre: c'est le *rétrécissement*, tribut obligatoire de l'accident primitif: « Toute rupture est un rétrécissement en germe », dit, judicieusement, Bœckel.

Le rétrécissement, comme obstacle à l'écoulement de l'urine, peut, à son tour, déterminer des complications; non seulement il entretient les fistules déjà existantes, mais encore il contribue à en former de nouvelles.

Tout ceci étant dit pour les complications immédiates et tardives, est-il inutile de parler de l'état moral de ceux qui sont atteints des affections de la verge ? Du retentissement considérable qu'ont sur les centres cérébraux, les lésions de l'organe viril ? Que de suicides, restés inexpliqués, ont eu pour cause l'infirmité relative du pénis ou l'abolition complète de la puissance génitale ! »

« Les personnes qui ont perdu la verge — dit Richerand — nourrissent, pendant le traitement et après la guérison de la plaie une mélancolie, qui les dispose éminemment aux fièvres de mauvais carac-

tère. Elles ne recouvrent jamais leur hilarité, rien ne peut adoucir l'amertume de leurs regrets. Cette observation m'a d'autant plus frappé que je l'ai faite sur des vieillards pour qui la partie enlevée était depuis longtemps inutile.

CHAPITRE V

Diagnostic-pronostic

Le diagnostic des fractures du canal est des plus simples, vu le symptôme pathognomonique — *l'uréthrorrhagie* qui ne fait presque jamais défaut. Il est vrai que la fracture des corps caverneux, sans rupture uréthrale, peut dans certains cas nous induire en erreur, mais le cathétérisme nous éclaircira toujours, car il ne se peut que l'instrument nous amène du sang quand l'utrèthre est sain.

Le pronostic, lui, est plus ou moins grave suivant les complications et quand elles existent, ce sont elles que l'on doit pronostiquer.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement des ruptures de l'urèthre pénien, ruptures qui ne présentent rien de grave en elles-mêmes, n'a rien de spécial : il dépend, tout entier, des complications.

La *syncope*, quand elle existe, sollicite une injection hypodermique d'éther sulfurique.

L'état de spasme et la douleur suraiguë, sont combattus par les narcotiques (intus et extra) et par l'application de la glace sur l'endroit douloureux ; en empêchant l'érection, la glace à l'avantage de diminuer l'extravasation sanguine et de favoriser la résorption du sang épanché.

Le repos absolu dans le décubitus dorsal doit être conseillé tout particulièrement.

Les *tumeurs hématiques* qui, parfois, se développent au niveau de la lésion — dans le cas de fracture consécutive des corps caverneux — sont justiciables du traitement de Champion, préconisé par Velpeau,

traitement qui consiste à écraser ces tumeurs et à rompre leur kyste pour favoriser la résorption du contenu.

Si la miction est difficile ou impossible, le *cathétérisme* doit être pratiqué avec de grandes précautions afin d'éviter les fausses-routes que le bec du cathéter peut produire.

Une *sonde à demeure* sera tout indiquée, si la déchirure uréthrale et le gonflement des parties voisines sont considérables.

Quand l'épanchement sanguin est très abondant et de ce fait les tissus trop tendus, il ne faut pas tarder à pratiquer des *incisions multiples* le long du pénis pour faire évacuer le sang épanché.

Si ces incisions ne sont pas faites à temps, la gangrène se déclare et gagne rapidement les parties affectées, ce qui entraîne la formation de sphacèles. Il en résulte la dénudation de la verge et même des testicules.

Les incisions, le long du pénis, peuvent aussi obvier aux troubles survenus dans la miction par suite de la compression de l'urèthre : le cathétérisme devient, dans ce cas, inutile.

C'est l'infiltration urinaire qui commande impérieusement de larges incisions qui, seules, éviteront la gangrène et la résorption de l'urine.

L'*état typhoïde*, parfois assez grave, est combattu par les antiphlogistiques et par les toniques.

Il est entendu que toutes les manipulations des parties malades doivent se faire sous le couvert d'une asepsie et antisepsie rigoureuses, sinon cer-

taines complications pourront, avec raison, être imputées à ce manque de précautions.

C'est par l'antisepsie que l'on parvient à circonscrire les foyers gangréneux et que l'on abrège la durée des troubles généraux.

Les parties gangrenées tomberont au fur et à mesure que s'opérera leur mortification; il est bon de laisser à la nature le soin d'éliminer complètement les sphacèles, car l'opérateur peut se tromper sur la vraie limite des chairs mortifiées et enlever, par erreur, des parties encore toutes vivaces.

Le travail d'élimination achevé, on cherchera, si possible, à recouvrir les surfaces dénudées au moyen d'une *opération autoplastique* qui peut donner de bons résultats. Cela, pour le cas où la dénudation serait étendue, sinon des *pansements antiseptiques* à la vaseline phéniquée seront certainement suffisants; l'attraction exercée par les tissus cicatriciels sur la peau mobile des régions voisines reproduira, à la longue, un nouveau fourreau et une nouvelle poche scrotale.

Les fistules, soit chirurgicales, soit spontanées, peuvent se fermer d'elles-mêmes; mais il sera bon, pour en abrégier la durée, de conseiller au malade de fréquents sondages, afin d'éviter aux fistules le contact nuisible de l'urine.

Pour aider à la fermeture des fistules, il est nécessaire de veiller à ce qu'un rétrécissement ne se produise.

Si, pourtant, ce dernier est constitué, c'est l'*uréthrotomie interne* qui est le traitement le plus rationnel

En cas d'indurations plastiques, le moyen radical pour les faire disparaître est assurément leur excision, mais Lermnier a obtenu d'excellents résultats par de simples frictions mercurielles sur le pénis. Il est également bon de ne pas négliger les massages.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I

Pierre FRANC. — *Traité de Médecine pratique*, t. III, p. 375

Un homme jeune fit une chute contre terre pendant que sa verge était en érection. Il fut pris d'une douleur violente dans le membre viril, d'une hémorrhagie abondante par l'urèthre. la verge était tuméfiée, le scrotum et le périnée ecchymosés, la vessie distendue par l'urine dont le passage se trouvait fermé.

OBSERVATION II

(Citée dans la thèse de TERRILLON, p. 214).

D... Jean, âgé de 35 ans, eut, à 24 ans, une chaude-pisse qui prit la forme connue sous le nom de chaude-pisse cordée. A cette époque, pendant un coït, il éprouva une violente douleur dans la verge. Immédiatement après, il se produisit une hémorrhagie qui dura plus de deux heures. Pendant un jour entier, la miction fut impossible.

Onze ans plus tard, on constate chez ce malade un rétrécisse-

ment qui admet un explorateur n° 5, siégeant vers le tiers inférieur de la région pénienne. En ce point, on sent une virole dure, annulaire, non adhérente à la peau.

Traitement par la dilatation progressive, qui réussit bien, surtout en se servant des cathéters Béniqué.

OBSERVATION III

(M. HUGUIER, Société de Chirurgie, avril 1853).

G... Jean, 37 ans, palefrenier, marié, doué d'une constitution vigoureuse, fut apporté à Beaujon, le 26 mars 1853.

Cet homme était atteint d'une affection de l'oreille, pour laquelle un médecin ordonna l'application d'un vésicatoire à la région mastoïdienne.

Quelques jours après, cet homme ayant des érections continues eut, contre l'avis de son médecin, un rapport sexuel avec sa femme; seulement, elle se plaça sur lui et, par un faux mouvement, pressant de tout le poids de son corps sur la verge alors en érection violente, elle la ploya violemment avec le périnée et les cuisses. Une douleur vive et violente survint au moment de l'accident, la verge prit bientôt une couleur rouge, violacée.

En même temps eut lieu un écoulement de sang très considérable. Bientôt le malade s'aperçut qu'il ne pouvait plus uriner. Le médecin tenta le cathétérisme, mais en vain. Le lendemain du jour de l'accident, il fut porté à Beaujon.

26 mars. — La verge présente un épanchement de sang considérable, sa couleur noire peut faire croire à la gangrène, elle est déformée et d'une mollesse extrême. Le prépuce est œdémateux, surtout à son extrémité inférieure. Le scrotum et tout le périnée offrent une teinte violacée et sont œdématisés; la palpation détermine dans la région hypogastrique et au périnée une douleur très vive.

En même temps, le pouls se développe, bat 120 fois à la minute; la fièvre est intense; le malade est très agité, ne peut dormir; l'anorexie est complète. Bientôt la langue devient bru-

nâtre; l'urine infiltrée amène une gangrène de la peau de la verge, du scrotum et du périnée; des plaques gangréneuses se développent aux régions inguinales, hypogastriques et iliaques; la vessie est distendue par l'urine et, comme il est impossible de la vider par la sonde, le chirurgien se voit dans la nécessité de la ponctionner à travers l'hypogastre; enfin, la mort vient mettre un terme aux douleurs du malade.

A l'autopsie, on a trouvé que la rupture de l'urètre avait eu lieu au niveau du bulbe; la rupture du canal était complète, une distance de 2 centimètres séparait les deux bouts du canal. *De plus, à deux pouces du méat urinaire, existait une cavité anfractueuse, remplie de sang noirâtre mêlé à de l'urine*: donc une deuxième déchirure *pénienne*; cette cavité, débarrassée du sang par un filet d'eau, présentait à sa paroi supérieure deux dépressions dues à une *perte de substance du corps caverneux*.

OBSERVATION IV

VOILLEMIER. — *Traité des maladies des voies urinaires*. V. 1, p. 337.

Le malade a reçu un coup de pied de cheval sur le pénis. Il portait à 4 cent. du méat urinaire, au-dessous de la verge, une tumeur du volume d'une grosse noisette allongée. La miction se faisait goutte à goutte, et il était impossible d'introduire une bougie ou un stylet. Je fis sur le raphé une incision de 4 centim., et, arrivé sur la tumeur, je voulus la cerner sur les côtés, mais je m'aperçus bien vite que je ne pourrais l'exciser sans intéresser profondément les corps caverneux qui étaient compris dans la cicatrice. Je me bornai donc à enlever la portion dans laquelle toute la paroi inférieure de l'urètre me semblait comprise.

OBSERVATION V

(VOILLEMIER. — V. 1, p. 473).

Un valet de chambre qui, étant en chemise et voulant changer de toilette le soir de ses noces, ouvrit une commode pour y prendre du linge; ne pouvant refermer le meuble avec les mains, il poussa le tiroir avec la partie supérieure de ses cuisses, et, dans ce mouvement, sa verge, qui était pendante, se trouva violemment serrée. Il eut une déchirure du canal, accompagnée d'une infiltration sanguine très considérable.

OBSERVATION VI

(VOILLEMIER, V. 1, p. 472).

En 1854, j'ai donné des soins à un homme qui, se trouvant dans une maison de prostitution, reçut un coup de pincette un peu en avant du scrotum. Dans ce moment, il était en érection. Il eut le canal déchiré sans que la peau fût intéressée.

OBSERVATION VII

(COLLES. — *Dublin Quart. Journal*, mai 1857, citée par Terillon, à la page 42 de sa thèse d'agrégation).

Un homme pratiquait le coït; il lui sembla que le pénis avait heurté contre les os du pubis; il y eut tumeur à la racine de la verge, uréthrorrhagie, puis survinrent des accidents graves qui entraînèrent la mort le dixième jour.

OBSERVATION VIII

(CAMIS-DEBAT, thèse de Paris de 1885. Contribution à l'étude des fractures de la verge, simples et compliquées, obs. VI, p. 39).

B... Joseph, 40 ans, manouvrier à Laon, tempérament nerveux, jouit d'une parfaite santé. Il était marié depuis trois mois, lorsque, le 20 juin 1866, il fut victime de l'accident qui fait l'objet de cette observation.

Comme antécédents morbides, à cette époque, il ne comptait qu'une blennorrhagie légère contractée deux ans auparavant et qui avait cédé au bout de cinq semaines à l'administration de simples diurétiques. Cette affection n'avait laissé à sa suite aucune altération appréciable de l'urèthre. Le jeune marié se disposait à pratiquer le coït avec une vigueur peu commune et en prenant pour ainsi dire de l'élan, lorsque le gland vint butter violemment contre la fesse droite de la femme, qui se trouvait dans le décubitus dorsal; à ce moment, il entendit un craquement suivi d'une douleur suraiguë, et la verge tomba aussitôt à l'état de flaccidité.

Une pressante envie d'aller à la garde-robe se fit sentir, mais le blessé ne put expulser, malgré tous ses efforts, ni urine, ni matières fécales. Le membre se tuméfia sur le champ d'une façon démesurée, à tel point que, dans l'espace de six heures, le pénis avait acquis la grosseur du poignet, et le scrotum le volume de la tête. Des compresses d'eau blanche furent appliquées durant toute la nuit. Les premières 24 heures se passèrent sans amener de phénomènes généraux; pas de fièvre, douleur localisée aux parties génitales. L'accident ayant eu lieu le vendredi au soir, ce fut seulement le dimanche, à trois heures de l'après midi, que le médecin fut appelé. A ce moment, les bourses tuméfiées avaient pris une couleur sombre; il en était de même de la peau de la verge; pas une goutte d'urine ne s'était écoulée depuis l'accident.

Le médecin prescrivit des bains de siège prolongés pour favoriser la miction; résultat nul. Le lendemain, fièvre et inappétence; le ventre était très distendu par la réplétion de

la vessie; le prépuce, très gonflé, masquait l'ouverture du méat. Après des tentatives qui durèrent près de trois quarts d'heure, le médecin réussit à introduire une sonde métallique; quelques caillots de sang sortirent avec le premier jet d'urine, qui coula ensuite claire et abondante. La sonde fut maintenue en place jusqu'au lendemain. Le soir de ce jour, de larges incisions furent pratiquées sur la verge et sur le scrotum, principalement à droite, celles-ci déterminèrent l'issue d'une forte quantité de sang noirâtre.

Lavage à l'eau de feuilles de noyer et renouvellement fréquent de linge.

A partir de ce moment, le malade remarqua que la verge avait une forte tendance à dévier à droite, surtout au moment des demi-érections, qui étaient assez fréquentes. Bientôt il survint une suppuration des plus abondantes, les parties étaient absolument noires et il s'en dégageait une odeur très fétide. Une fièvre des plus violentes se manifesta; l'état du malade devint alarmant et le délire ne le quitta pas pendant huit jours. La quinine et l'extrait de quinquina furent prescrits à cette occasion. Vers le dixième jour, de gros lambeaux de peau sphacélée se détachèrent; la dénudation de la verge et du testicule droit fut complète; quant au testicule gauche, il se trouvait encore recouvert presque en totalité de peau saine. Après l'élimination des lambeaux, l'état général du malade se releva progressivement. On se contenta dès lors d'employer le pansement simple au cérat et à la charpie.

Durant les 20 jours qui suivirent l'accident, en dehors des soins que nous avons mentionnés, le médecin appliqua journellement une sonde en caoutchouc, qui devait être maintenue de six à sept heures dans le canal (1). Le médecin ne visita le malade qu'à de longs intervalles, dès qu'il parut se trouver hors de danger. Il ne fut rien tenté pour amener la disparition de la fistule, ni pour diminuer l'étendue de la plaie scrotale. Le défaut de surveillance amena une cicatrisation vicieuse, dont le malade porte encore aujourd'hui les traces gênantes.

(1) La sonde à demeure était très mal supportée; une cystite du col et une uréthrite violente se développèrent, qui durent en faire cesser l'usage.

Le blessé garda le lit pendant trois mois, ce qui détermina la production d'eschares au sacrum. Il n'y eut pas d'érection complète durant toute cette période. « La verge gonflait sans raidir, dit le sujet, et elle était tournée du côté droit ». Six semaines après la cicatrisation intégrale, c'est-à-dire vers la fin du mois d'octobre, M. B... essaya de nouveaux rapports sexuels, en s'entourant, bien entendu, des plus grandes précautions. L'érection fut, paraît-il, absolue, et l'intromission assez facile; l'éjaculation arriva assez rapidement et elle fut aussi voluptueuse qu'avant la blessure. Il ne s'est jamais produit, dans la suite, le moindre accident à l'occasion du coït, qui a été assez fréquent, le sujet étant passablement porté vers les plaisirs sexuels. La présence de la fistule n'empêche pas le sperme d'arriver sur le col utérin et cet homme a pu devenir père de trois enfants.

Etat actuel des parties. — On voit, aujourd'hui, du tissu cicatriciel sur une pointe de la région latérale droite de la verge; il s'est produit une cicatrisation vicieuse entre la peau de la région hypogastrique et celle qui avoisine la racine du pénis; une sorte de pont est ainsi formé qui contribue à relever la verge et à la faire dévier à droite. La fistule siège à 5 centimètre environ du méat, dans l'état de flaccidité de la verge. Le sujet pisse indifféremment par la fistule, en exerçant une légère torsion sur le pénis, ou bien par le méat urinaire; mais, dans ce dernier cas, quelques gouttes d'urine s'écoulent à travers la fistule. Les testicules sont mobiles et en pleine liberté sous la peau des bourses, qui n'est cicatricielle que du côté droit, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs.

OBSERVATION IX

BOLLARD, thèse de Paris de 1875. Etude sur les contusions de l'urèthre. p. 63.

Aiban G..., âgé de 34 ans, employé, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon, le 29 août 1871.

Ce malade a eu plusieurs rétrécissements pour lesquels il a été soigné au Val-de-Grâce, par la dilatation.

Il se sondait avec les numéros 11 et 12.

Il y a 6 jours (23 août) la verge fut ployée brusquement vers le périnée pendant le coït, et immédiatement une hémorrhagie eut lieu par l'urèthre, mais elle s'arrêta assez facilement. La douleur fut très vive.

Trois ou quatre heures après cet accident, notre malade essaie d'uriner, sans pouvoir y parvenir.

Un médecin, appelé dans la matinée, essaie de sonder mais ne peut arriver dans la vessie.

Après trois jours d'essais infructueux pour vider la vessie, le malade entre à l'hôpital Necker.

La verge et les bourses sont très tuméfiées ; une poche urineuse s'est formée à la racine de la verge et dans les bourses. Cette poche est ouverte immédiatement à la base de la verge ; il en sort une grande quantité d'urine. Plusieurs mouchetures sont faites sur le pénis.

Le malade se trouve un peu soulagé après la sortie de ce liquide.

Le catathérisme reste impossible.

Le lendemain, M. Guyon réussit à introduire une sonde n° 10 qu'il laisse à demeure.

La vessie se vide bien ; accès de fièvre urineuse. — Sulf. de quin. 1 gr.

31 août. — La sonde étant sortie seule, le malade urine assez bien sans elle.

1^{er} septembre. — Cette nuit le malade a eu un accès de fièvre.

2 septembre. — Nouvel accès de fièvre. Le malade urine à peine depuis ce matin deux heures. — Aucune douleur de la région rénale. La vessie explorée par le rectum et l'hypogastre n'est pas distendue. Sulf. de quin. 2 gr., thé au rhum.

3 septembre, — Frisson et fièvre dans l'après-midi, visage hébété.

4 septembre. — Peut uriner sans la sonde. On a essayé de lui remettre la sonde, mais on ne peut y arriver.

5 septembre. — Urine avec un peu de difficulté. même prostration. Sulf. de quin. 1 gr.

6 septembre. — A eu un frisson cette nuit, sueurs profuses après le frisson. A la visite du matin, même état général, teinte subictérique de la peau, diarrhée depuis 2 jours.

7 septembre. — Sueurs profuses cette nuit; plus de fièvre, grande prostration, beaucoup de difficultés pour uriner; l'urine est rouge brique avec dépôt phosphatique.

8 septembre. — Même état, urines rares, rouges, chargées de pus et contenant des cylindres hyalins. Dans l'après-midi, fièvre vive qui dure depuis trois heures de l'après-midi, jusque dans la nuit, hoquet.

9 septembre. — A la visite du matin on constate, au niveau de la rupture, un noyau profondément situé, dur, douloureux. La peau est rouge à ce niveau, pas de fluctuation très évidente. Le fourreau de la verge et le prépuce sont un peu œdémateux.

10 septembre. — Même état, peau chaude, hoquet; l'infiltration d'urine est très évidente. Elle embrasse toute la circonférence de l'urèthre à la racine de la verge et se continue dans les bourses. En pressant à ce niveau on fait sourdre par le méat une urine noirâtre ressemblant à des matières fécaloïdes. Le malade a peu uriné depuis minuit. Pas de matité-prévésicale. Bain d'un quart d'heure; on propose au malade l'incision, il s'y refuse absolument.

11 septembre. — La tumeur n'a pas considérablement augmenté; mais l'œdème de la verge est plus considérable, incision sur la ligne médiane depuis la racine de la verge jusque sur le milieu des bourses; on tombe dans une poche urineuse; une artériole donnant du sang, on en fait la ligature.

Le soir, à la visite, bourses moins volumineuses, le malade a uriné beaucoup par l'incision. Pas de fièvre.

12 septembre. — Le gonflement œdémateux persiste à la verge sur toute sa circonférence; nouvelle incision, sur la face dorsale de cet organe, de deux centimètres de long à partir du pubis; on ne trouve pas de collection liquide; mouchetures nombreuses sur la verge et les bourses.

A la visite du soir, pas de fièvre, l'œdème du fourreau a disparu, mais à la racine de la verge, le gonflement œdémateux persiste, surtout sur les parties latérales et à la partie inférieure.

13, 14, 15. — Le malade va mieux, l'œdème du fourreau persiste un peu, ainsi que le gonflement œdémateux de la base de la verge. En pressant à ce niveau, on fait sourdre un peu de pus dans l'incision supérieure.

Le malade continue d'uriner par la fistule.

16, 17. — L'amélioration continue ; suppuration assez abondante dans la plaie scrotale. Ce pus semble venir d'un abcès situé un peu en avant de l'incision. En pressant à ce niveau, on fait sourdre du pus dans la plaie supérieure.

Le fourreau de la verge est très tuméfié, infiltré et rouge.

18. — L'urine et le pus sortent très abondamment par les incisions supérieure et inférieure.

19. — La tuméfaction de la verge diminue, l'écoulement d'urine et du pus est abondant, état général satisfaisant. Eau de Vichy.

Le soir, le malade a un peu de fièvre.

20. — Le pus qui s'écoule par la plaie supérieure est très abondant. L'infiltration du fourreau persiste.

21, 22. — La suppuration des deux plaies a beaucoup diminué, l'urine continue à sortir librement par les incisions, fièvre nulle ce matin, le soir un peu de chaleur de la peau, mais sans accélération du pouls.

23. — Pas de fièvre ce matin, gonflement douloureux et rougeâtre au niveau de la partie antérieure et supérieure du sternum.

A la visite du soir le malade est assoupi. Le visage est plus tiré encore que ce matin, la fièvre est assez vive.

La verge va très bien ; elle est à peine gonflée.

24, 25. — Fièvre nulle. Toujours état satisfaisant du côté de la verge.

26. — Le gonflement sternal est moins volumineux. L'état de l'urèthre est satisfaisant, l'œdème de la verge existe à peine ; l'urine s'écoule par la plaie inférieure seulement ; un peu de fièvre le soir.

27. — Même état ; encore un peu de fièvre le soir.

28, 29, 30. — Même état. La tumeur de la région sternale a diminué. Le malade n'a pas d'appétit ; répugnance pour tous les aliments. Les deux corps caverneux paraissent un peu atrophiés et le malade n'a eu aucune érection depuis son accident. L'urine s'écoule facilement, mais toujours par la plaie inférieure.

6 octobre. — Depuis trois jours l'abcès de la partie supérieure du sternum proéminait de plus en plus, rougeur de la peau, fluctuation évidente, incision.

12. — Le malade va beaucoup mieux, ses forces reviennent, mais l'imperméabilité du canal de l'urèthre persiste encore.

2 novembre. — L'état du malade s'est de plus en plus amélioré jusqu'à ce jour, et depuis trois jours l'urine sort en partie par le canal et en partie par la fistule, plus abondamment par le canal que par cette dernière ouverture, mais sans jet.

Les parties génitales sont dans un bon état; la plaie de la base de la verge est réduite à un simple trajet fistuleux communiquant avec l'urèthre.

7. — Exploration méthodique du canal de l'urèthre. Le n° 8 franchit avec peine le méat et s'avance jusqu'à la déchirure qu'il ne peut franchir; mais le n° 6 passe facilement et arrive jusque dans la vessie.

5 décembre. — Uréthrotomie interne, lame n° 22.

On passe ensuite une sonde à demeure n° 16.

Le malade guérit parfaitement de cette opération et son canal reçoit parfaitement une sonde n° 16 puis n° 17.

La fistule qui siège à la base de la verge se ferme le 28 décembre.

Le 3 janvier 1872 le malade dit que sa fistule laisse parfois suinter un peu d'urine.

Cependant il peut sortir le 6 janvier avec un canal recevant facilement une sonde n° 18.

Jusqu'au 15 janvier il revient tous les deux jours à la visite se faire sonder avec le n° 18.

Le 15 janvier il rentre à l'hôpital, parce que sa fistule incomplètement fermée laisse passer l'urine plus abondamment.

16. — Cautérisation de la fistule avec le nitrate d'argent.

17. — Le méat étant très rétréci, on l'incise sur une étendue de 5 millimètres.

19. — On introduit facilement la sonde n° 18, mais elle cause de la douleur au niveau du gland qui est gonflé.

20. — Cautérisation de la fistule.

21. — La sonde n° 18 passe facilement sans douleur.

23. — La fistule laisse toujours passer de l'urine.

29. — La fistule est saupoudrée de poudre de calomel.

Le malade se sonde lui-même 4 fois en 24 heures: de cette façon il ne sort rien par la fistule.

Le malade continue de se sonder avec le même résultat jusqu'au 5 février, date de sa sortie.

G... est revenu dans le service de M. Guyon ; la verge est œdématisée, le prépuce est énorme et recouvre entièrement le gland. A la base de la verge on sent un tissu dur, tissu cicatriciel de l'urèthre et des corps caverneux. Depuis son accident cet homme n'a jamais pu avoir d'érection.

A la partie inférieure de la base de la verge existe un léger pertuis par lequel suinte un peu d'urine. Cette fistule uréthrale ne s'est jamais fermée complètement ; il y a cependant des moments où il passe peu ou point d'urine par son trajet, mais cette guérison apparente est de courte durée.

OBSERVATION X

(BOLLARD, thèse de Paris de 1875. Etude sur les contusions de l'urèthre

Le nommé G. Jean-Charles, âgé de 60 ans, balayeur, entré à l'hôpital de la Pitié le 8 mai 1875.

Le matin, cet homme a été renversé par une lourde voiture dont une roue lui passe sur la partie supérieure des deux cuisses et froisse le pénis à sa naissance, près du pubis.

A son arrivée, on constate plusieurs ecchymoses sur le tronc et les cuisses.

Sur la partie supérieure et externe du dos de la verge existe une ecchymose noirâtre, et descendant sur la partie latérale droite du scrotum.

Sur la chemise du malade, au niveau de la verge, existe une tache de sang, de la largeur des deux mains, et l'on voit du sang sourdre goutte à goutte par le méat.

A la visite du soir, on trouve le malade dans un état d'affaissement tel qu'il ne peut rendre compte de ses sensations. Comme la vessie est distendue, et que le malade n'a pas uriné depuis son arrivée dans la salle, on fait le cathétérisme de la vessie avec une sonde en argent. Le méat est fermé par un caillot sanguin qu'il faut enlever avant d'introduire la sonde. Celle-ci pénètre facilement, mais, au passage de l'angle pénien

on a la sensation de la déchirure de quelques brides légères, ou peut-être de caillots de sang; le cathétérisme est fait avec la plus grande douceur.

La première cuillerée d'urine est fortement teintée de sang, le reste est parfaitement limpide; ce sang ne peut provenir que du canal où la sonde l'aura pris en passant.

Le lendemain, on fait au malade deux cathétérismes pour vider la vessie, et à chacun d'eux les premières gouttes d'urine sont teintées de sang pour la même raison que la veille.

Dans l'intervalle des cathétérismes, le malade perd un peu de sang par le canal. Trois jours après son accident, le 11 mai, M. Verneuil met une sonde à demeure et donne la préférence à une sonde en caoutchouc rouge qui s'altère moins dans le canal et par conséquent n'a pas sur lui les propriétés irritantes des sondes noires, dites en gomme élastique.

Le n° 22 passe facilement.

Le malade garde sa sonde pendant cinq jours; elle a été parfaitement supportée par son urèthre, les urines n'ont plus de sang au début de la miction artificielle.

Le 16, la sonde en caoutchouc étant retirée, le malade urine librement par le canal, mais *le jet lui paraît moins gros*.

Le 18, notre malade sort de l'hôpital pour aller passer une quinzaine de jours à l'asile de Vincennes.

OBSERVATION XI

(Citée par TERRILLON dans sa thèse, p. 214.)

A..., âgé de 31 ans, entre à l'hôpital Necker en avril 1877. Il a eu une chaude-pisse à 25 ans.

Il y a dix-huit mois, pendant le coït, il ressentit une douleur vive à la racine de la verge. Le sang s'écoula en abondance pendant trois quarts d'heure environ. Quelques jours après, à la suite d'une marche prolongée, le sang reparut en petite quantité. A partir de ce moment les troubles de la miction se déclarèrent et allèrent toujours en s'accroissant jusqu'à son

entrée à l'hôpital (petitesse du jet, envie très douloureuse et prolongée).

L'exploration fait constater un rétrécissement qui admet une bougie n° 3, et qui occupe la partie moyenne de la portion spongieuse.

L'urèthrotomie interne est pratiquée. Le rétrécissement est très dur ; il en existe un second, bulbaire.

Le malade sort guéri le 16 juin, deux mois après son entrée.

OBSERVATION XII

(Thèse de TERRILLON, p. 215)

M. L... âgé de 38 ans, entré le 7 mai 1878. M. L. n'a eu aucune maladie, sauf la blennorrhagie qu'il a contractée six fois. La dernière a débuté le 7 avril 1878. Elle était peu douloureuse, elle n'était pas cordée, l'écoulement était abondant. L'écoulement était, depuis le 1^{er} mai, réduit à une simple goutte le matin.

Le 4 mai, M. L... servit un repas de noce qui se prolongea fort tard dans la nuit. La fatigue était considérable et, pour pouvoir y résister, il usa très largement de Malaga et de Bordeaux, qu'il avait à discrétion.

Au sortir du repas, vers 4 heures du matin, il se rendit chez une femme. Bientôt il remarqua que l'érection était très douloureuse et qu'elle s'accompagnait de la formation de trois nodosités au niveau du canal de l'urèthre. Néanmoins il pratiqua le coït. Mais au moment précis où l'éjaculation commençait, il sentit comme un coup que l'on aurait brusquement appliqué sur la verge et, suivant son expression, « le nerf s'étant rompu, la verge tomba. » Il fut pris aussitôt de frissons répétés, il eut des éblouissements et perdit connaissance environ pendant dix minutes. La femme lui fit respirer de l'éther, elle lui essuya le visage avec un linge mouillé; alors il revint à lui.

Le sang coulait très liquide, noirâtre, et s'échappait par un jet qui pouvait mesurer 25 centimètres. Alors il se serra la verge avec un linge mouillé d'eau fraîche, se mit au lit et

réussit à arrêter l'hémorrhagie. Si l'on s'en rapporte à lui, il aurait perdu à peu près un litre de sang. Il dormit jusqu'à midi, fit un bon déjeuner et rentra chez lui. Il se coucha à neuf heures du soir. La nuit fut assez tranquille, le sang ne coulait plus que par gouttes.

Le lundi, 6 mai, à huit heures du matin, à la suite d'une quinte de toux, il fut repris d'hémorrhagie et perdit à peu près un verre.

A dix heures du soir, nouvelle hémorrhagie (de deux verres et demi). Effrayé et se sentant d'une grande faiblesse, le malade fit appeler un médecin. Le sang s'arrêta à minuit, mais pour continuer à couler à quatre heures du matin.

Le malade se décida alors à venir à la consultation et fut admis à la salle Saint-Augustin, n° 15. Là, je constatai au niveau de la partie moyenne de la région pénienne, au point douloureux sur l'urèthre. Les corps caverneux ne présentaient rien d'anormal. Je pris une sonde en gomme n° 15 et, malgré une résistance assez vive au niveau du point douloureux, je réussis à l'introduire dans la vessie. Le malade était extrêmement faible, pâle, les conjonctives décolorées. Sonde à demeure.

8 mai. — M. Labbé fait maintenir la sonde et continuer le sulfate de quinine. Le soir, le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, du ténesme ; les urines étaient chargées et coulaient même en partie entre la sonde et le canal. Il revint même une cuillerée de sang environ.

Le 9. — D'après les conseils de M. Labbé, je remplaçai la sonde n° 15 par la sonde n° 20 et je recommençai la compression. Plus d'hémorrhagie.

Le 10. — Les urines sont moins chargées, la miction moins douloureuse, pas d'hémorrhagie.

Le 11. — L'amélioration continue.

Le 12. — Même état.

Le 13. — M. Labbé fait enlever la sonde. Le malade garde toujours le repos. Il a eu des érections parfaitement normales et qui ne lui ont pas causé de douleurs.

Le 14. — Le malade éprouve une douleur légère dans les bourses.

Le 16. — Il est atteint d'une orchite double, plus accentuée à gauche.

Prescriptions : repos, suspensoir, cataplasmes.

Les jours suivants, les orchites ont rapidement diminué et le malade sort aujourd'hui, 29 mai, parfaitement guéri.

OBSERVATION XIII

(*Annales des Maladies génito-urinaires*, 1886, p. 122.)

R. D. se présente à la clinique, il raconte ce qui suit :

Six jours auparavant, étant en état d'ivresse, il eut un rapport avec sa femme, il pratiquait le coït en postillon (1), lorsqu'il ressentit tout à coup une violente douleur dans le pénis, douleur suivie d'hémorragie par l'urèthre. Le sang continua à couler goutte à goutte pendant deux jours.

On constata un gonflement entourant l'urèthre et s'étendant d'environ un pouce (0.02 cent. 1/2) en arrière du méat jusqu'au périnée, et développé aussitôt après le coït. Deux jours après l'accident, la miction devint difficile par suite d'une diminution dans la grosseur du jet, et après deux autres jours, la rétention d'urine était complète. Il vint alors demander des soins.

La vessie était distendue et remontait aux deux tiers de la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Le gonflement, dont j'ai déjà parlé, occupait les tissus entourant l'urèthre et augmentait considérablement le volume du pénis ; il n'y avait point de décoloration des parties ; le gonflement était dur et tendu. J'introduis un cathéter n° 12 (fil angl.) dans l'urèthre et la sonde rencontre un obstacle deux pouces (0.05 cent), au-delà du méat ; une légère pression surmonta cet obstacle et, en le franchissant, j'eus la sensation que le bec de l'instrument avait glissé par-dessus la lèvre d'une plaie de la muqueuse uréthrale. Dès que l'œil de la sonde eut franchi ce point, l'urine commença à s'écouler par l'instrument. Environ quarante onces (1,120 gr.) d'urine claire s'écoulèrent lentement par la sonde, et le malade ainsi soulagé, fut envoyé à l'hôpital Carney.

(1) Ces deux mots sont en français dans le texte américain et il faut reconnaître qu'ils peignent assez bien la position.

Dans la soirée, la miction redevenant impossible, l'interne retira trente et une onces (788 gr.) d'urine, par la sonde.

La rétention étant devenue complète, je plaçai une sonde à demeure; le lendemain, le pus s'écoulait librement par le méat; puis on fit, plusieurs fois par jour, des injections dans l'urèthre avec la solution suivante : Permanganate de potasse, 0.04 cent.; Eau distillée, 200 gr. Mais je fis conserver le cathéter en ayant soin de le changer souvent; au bout de vingt-six jours, l'écoulement du pus diminua progressivement et le gonflement diminua de volume. Le malade enleva le cathéter lui-même et essaya d'uriner. Il ne s'écoula qu'un léger flot d'urine, et le flot s'arrêta tout-à-coup en même temps que le gonflement reparaisait et devenait volumineux; pendant la nuit, le malade eut des frissons et la fièvre très forte.

Le lendemain, j'incisais largement le gonflement sur le raphé médian. Il s'écoula environ une once (28 gr.) de pus fétide provenant d'un abcès situé de chaque côté du corps spongieux et au-dessous des corps caverneux, et je découvris une déchirure irrégulière et transversale de l'urèthre occupant la paroi inférieure du canal et située à environ deux pouces (0.06 cent.) du méat. La cavité de l'abcès et l'urèthre furent soigneusement nettoyés avec une solution de sublimé à 1/10,000^e. J'insufflai de l'iodoforme dans la plaie, je plaçai un drain et j'appliquai le pansement. Je recommandai de sonder le malade chaque fois qu'il avait besoin d'uriner et de laver le canal après chaque cathétérisme avec la solution de sublimé à 1/10,000^e. Deux jours plus tard, j'enlevai le drain et, au bout de quinze jours, la plaie était entièrement fermée, sauf une petite fistule qui dura encore un mois.

La température tomba au degré normal le jour de l'opération et ne s'éleva jamais plus. Au siège de la rupture de l'urèthre, il se forma un rétrécissement traumatique, très dur et montrant une grande tendance à la contracture.

Le malade revint deux mois après, je lui proposai de lui faire l'uréthrotomie, mais il refusa; depuis on ne l'a pas revu.

OBSERVATION XIV

(*Annales* de 1893, p. 686)

Ch... Joseph, 36 ans, garçon de magasin, se rompt l'urètre en 1889, pendant le coït. Uréthrorrhagie et rétention d'urine. Vingt jours après, urinant à peine et avec peine, il entre à Cochin. Dilatation lente jusqu'au 13 ; uréthrotomie interne, dilatation consécutive jusqu'au 42 Béniqué. Le malade retourne chez lui. Il revient à Necker le 6 décembre 1891 ; le rétrécissement, s'est en partie, reconstitué.

Le 23 décembre, résection de la portion rétrécie, siégeant juste en avant des bourses. Suture totale ; réunion par première intention. Le malade sort bientôt après, urinant avec facilité. Trois semaines après, on passe d'emblée au 44 Béniqué. Ch... essaye alors de coïter, impossibilité absolue par inflexion en bas de la verge pendant les érections, et c'est seulement trois mois après que le coït devient praticable.

Le malade reste huit mois sans se sonder, puis revient à Necker où on le dilate facilement jusqu'au 45 avec Béniqué droits.

OBSERVATION XV

(*Annales des maladies des voies gastro-urinaires*, p. 15 de 1891.)

M. Sal..., peintre, âgé de 38 ans, était monté à califourchon sur une échelle double, dont les montants vinrent à s'écarter brusquement par leur extrémité inférieure. Instinctivement le peintre se baissa pour retenir l'échelle, mais dans ce mouvement, la verge se trouva prise et pincée entre les bouts des montants. Il ressentit une vive douleur, mais ne perdit pas connaissance ; il put même continuer son travail et ne s'aperçut que le soir, au moment de se mettre au lit, d'un peu de

Boston. — *Med. and Sig. Journ.* 12 nov. 1885. A. Rizat.

gonflement et d'une ecchymose à la face inférieure et sur les côtés de la verge, un peu en arrière du gland. Mais comme il put uriner sans trop de difficulté et qu'il n'avait pas perdu de sang, il retourna à son travail.

Le lendemain de l'accident (2 avril 1887), la miction fut encore assez facile quoique plus lente, mais les jours suivants, elle devint de plus pénible au fur et à mesure que le gonflement pénien augmentait davantage, et le 15, une rétention complète s'était produite, le malade envia chercher un médecin qui fit inutilement et répéta le lendemain plusieurs tentatives de cathétérisme qui n'amènèrent *que du sang*.

Le 19, je vois le malade pour la première fois avec mon ami le Docteur Lafosse. Les douleurs ont un peu diminué bien que la vessie soit pleine et que S. n'ait pas uriné depuis trois jours. La verge est triplée de volume, œdématisée au niveau du prépuce ; sa face inférieure est renflée, brunâtre et manifestement distendue par l'urine.

Le scrotum aussi est un peu infiltré et déjà le pubis présente de la rougeur et de l'empatement. Il est évident qu'une infiltration d'urine s'est faite dans la loge périnéale inférieure et de là gagne l'hypogastre, c'est pourquoi sans tenter un nouveau cathétérisme, je fais porter le malade à l'hospice général où il est reçu salle St-Eloi, n° 12, et opéré dans le courant de l'après-midi. Je pratique sur les faces latérales du pénis une longue incision, qu'un drain passant le long du ligament suspenseur de la verge met en communication avec une troisième incision faite sur la ligne médiane du pubis. Une quatrième incision faite profondément sur la face inférieure donne issue à une grande quantité d'urine mêlée de pus et même dans une petite poche remplie de caillots et de matière puriforme.

Il est difficile de se rendre un compte exact des éléments anatomiques qui constituent les parois de cette poche ; on voit seulement, après avoir introduit une sonde dans le canal que sa paroi supérieure est constituée par la muqueuse urétrale.

Dans la partie la plus reculée de l'incision, cette muqueuse mortifiée se détache par lambeaux, et, sur une étendue de 4 centimètres environ, laisse à découvert la paroi supérieure du canal qui est sain.

Une sonde de gomme à bout coupé, introduite par le méat

traverse la plaie et pénètre dans la vessie. Elle est fixée au moyen d'une épingle à nourrice, qui traverse le prépuce de part en part. Je note, en passant, que ce mode de fixation fut très bien supporté par le malade, qui ne s'en est jamais plaint. Lavage intra-vésicale avec la solution d'acide borique à 3 p. 100; pansement de Lister.

La cicatrisation des plaies latérales et pubiennes se fit rapidement. Dès qu'elle fut complète, la sonde à demeure, maintenue pour faciliter le pansement, fut retirée et le malade put uriner librement par la plaie inférieure restée fistuleuse.

J'attendis environ trois mois avant de rien entreprendre pour la réparation de cette fistule dans l'espoir que, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, la perte de substance diminuerait d'étendue.

Enfin, le 9 août, sur les instances du malade, fatigué de son long séjour à l'hôpital, je me décidai à intervenir.

Voici quel était, en ce moment, l'état des parties malades : sur les faces latérales du pénis se voient deux cicatrices qui, par leur extrémité antérieure, côtoient les bords de la fistule pénienne. Celle-ci offre une direction un peu oblique de droite à gauche, et une étendue de 3 centimètres environ. Elle commence à un petit travers de doigt de la base du gland. Transversalement, elle comprend toute la largeur de l'urèthre, dont il ne reste plus que la paroi supérieure; ses bords sont irréguliers et un peu gaufrés. Bien que le bout antérieur du canal soit perméable, l'urine sort en totalité par la fistule.

La largeur insolite de la fistule, la présence de tissus cicatriciels indurés, confinant à ses bords, la longueur même de la perte de substance me déterminèrent à emprunter au prépuce (1), que le malade portait très long, un lambeau cutanéomuqueux, destiné à combler la brèche uréthrale.

Opération. — Dans un *premier* temps, j'excise au pourtour de la fistule, les parties superficielles du derme, sur une étendue d'un centimètre environ. La plaie, ainsi obtenue, figure assez bien un anneau elliptique au centre duquel se trouve la fistule.

(1) Le prépuce a déjà été utilisé dans divers procédés d'uréthroplastie, mais toujours après dédoublement préalable.

Dans un *second* temps, je dessine sur la face inférieure du prépuce un anneau de même dimension. Au centre de cet anneau, la peau demeure intacte, mais les bords sont avivés de façon à lui constituer une bordure saignante d'un centimètre de diamètre. Les deux anneaux ainsi formés se confondent au niveau de l'extrémité antérieure de la fistule et constituent, par leur réunion, une sorte de 8 de chiffre à boucles très allongées.

Troisième temps. — Une incision semi-circulaire comprenant toute l'épaisseur du prépuce permet, après section du filet, de mobiliser et de rabattre l'anneau antérieur sur l'anneau postérieur et d'opposer ainsi, les unes aux autres, les surfaces avivées.

Quatrième temps. — Huit points de suture, disposés en couronne, maintiennent exactement l'affrontement.

L'opération terminée, la fistule se trouve complètement oblitérée par le lambeau emprunté au prépuce et disposé de telle façon que sa face muqueuse regarde en bas, et répond à la peau du pénis, tandis que sa face cutanée est devenue intra-urétrale et constitue la paroi inférieure du canal.

La sonde à bout coupé fut maintenue dans l'urèthre et fixée, comme précédemment, à la portion restante du prépuce, laquelle fut excisée plus tard.

Le 14 août, ablation des sutures. La réunion paraît complète, sauf au niveau de l'angle postérieur gauche, où un petit décollement s'est produit. La sonde est maintenue dans le canal.

Les jours suivants, le décollement s'accroît un peu, mais fort heureusement, reste limité.

L'urine, qui suinte constamment par cet orifice, souille le pansement qui est renouvelé chaque jour.

Quatorze jours après l'opération, j'enlève la sonde à demeure. Le malade urine souvent, et chaque fois, quelques gouttes d'urine s'échappent par la fistule, qui est assez grande pour recevoir l'extrémité d'une sonde cannelée.

La guérison de cette petite fistule fut longue et difficile; néanmoins, sous l'influence de cathétérismes répétés, elle se rétrécit peu à peu. Et lorsque, le 10 décembre 1887, le malade quitte l'hôpital, il ne restait plus qu'une insignifiante fistulette à travers laquelle, de temps à autre, filtraient une goutte d'urine.

La verge, légèrement incurvée, présente à sa face scrotale une sorte de jabot rougeâtre formé par le lambeau prépuçial transplanté et légèrement œdémateux.

OBSERVATION XVI

Annales (2) des maladies des voies génito-urinaires, p. 666 de 1893

D... Théophile, 70 ans, rentier, reçoit à l'âge de 15 ans, un violent coup de pied dirigé de bas en haut, sur la face inférieure de la verge. Uréthrorrhagie assez sérieuse, avec rétention. Amendement passager; six mois après, le malade était obligé de se sonder; et depuis 56 ans, le malade s'est passé, irrégulièrement, il est vrai, un 12 dans le canal. Mais les difficultés du cathétérisme ont toujours été croissantes; le 14 décembre 1892, D... essaye de se sonder comme d'habitude, sans y parvenir, il insiste sans résultat; efforts et douleurs pour retirer les sondes fixées dans le canal; uréthrorrhagie légère le malade entre au n° 14 de Velpeau, le 29 décembre 1892.

Rétrécissement pénien, à la partie moyenne de la verge, avec virole énorme; toute la paroi de l'urèthre est dure, calleuse, ramassée sur elle-même, de sorte que le gland déformé, divisé vers le bas et aplati, rappelle celui des hypospades. Le malade est gêné dans les érections et le coït. On passe une bougie filiforme, laissée à demeure.

Quarante-huit heures après, uréthrotomie interne, avec le Maisonneuve; section longue et pénible; on laisse un 15 à demeure.

D... sort le 24 décembre pour se faire dilater, salle de la Terrasse. Nous l'avons revu huit mois après; il pisse bien et se passe régulièrement un 17.

OBSERVATION XVII

Hospice de l'Antiquaille, salle St-Augustin, n° 2.

L... Adam, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1894.

Rien dans ses antécédents. On trouve une large cicatrice au

bras adhérent à l'os. Deux ou trois autres cicatrices superficielles au membre inférieur gauche.

Pas de syphilis, ni de blennorrhagie.

Il y a deux ans et demi, chute de tri-cycle. Blessure sur le rebord de la selle, il a eu immédiatement de l'hématurie. Pas de rétention. Il n'a pas été sondé à ce moment. Il a eu, en somme, une rupture de l'urèthre.

Un mois après, il s'est aperçu de troubles urinaires qui sont allés croissant ; diminution de la force et du volume du jet. Pas de retard dans la miction. A la fin de mars 1894, une tumeur périnéale a commencé à grossir, au bout de deux mois, — en mai — ouverture spontanée (abcès urineux).

Depuis ce moment, il s'écoule de l'urine à chaque miction par l'orifice périnéal.

Actuellement, on trouve encore une tumeur de la grosseur d'une petite orange envahissant le périnée et le scrotum, dure avec plusieurs orifices fistuleux par où passe l'urine.

Par la pression sur la tumeur on la vide par le canal. Il s'écoule du pus.

A l'exploration, on trouve un rétrécissement à 9 centimètres du méat. Aucun explorateur ne passe. On passe une bougie filiforme.

22 juin. — *Urethrectomie externe*. — On passe une bougie filiforme conductrice, mais on ne peut passer aucune bougie plus grosse.

Incision sur l'abcès. Une sonde cannelée ayant été introduite par la fistule, on ne trouve pas de rétrécissement profond.

On ne trouve qu'un long rétrécissement pénien à 9 centim. du méat. On ne peut passer l'uréthrotome pour faire l'uréthrotomie interne et explorer le canal en arrière. On incise ce rétrécissement pénien en avant des bourses, alors une sonde n° 17 passe presque dans la vessie. Suture muqueuse et suture cutanée au niveau de l'uréthrotomie. Excision des tissus enflammés au niveau de l'abcès. Un large trajet s'enfonce vers le rectum, on le curette et on y met un gros drain. Suture superficielle, sonde à demeure.

OBSERVATION XVIII

Dr WASTON. — *Boston Medical and Surgical Journal* 1894, vol. 2.
p. 198.

(Traduction due à l'obligeance de mon ami le Dr THÉODOROFF).

Il s'agit d'un matelot. Quinze jours avant l'examen son pénis fut frappé par le manche d'une cale (un lingot), qui lui a déchiré l'urèthre au milieu, entre le méat et l'angle péno-scrotal. Les téguments externes n'ont pas été déchirés. Dans le premier essai d'uriner, un peu de liquide passa par le méat. Après cela l'urine ne passait plus et s'accumulait sous la peau, formant ainsi une vessie artificielle. Quelques jours après l'accident, les tissus blessés se sont enflammés, le sac distendu s'est perforé, et l'urine s'est échappée par deux ouvertures, à droite de la symphise, au-dessus du ligament de Poupert. C'est dans ces conditions qu'il est entré à l'hôpital. Le docteur Watson dit que l'opération qu'il a faite consistait en drainage de la vessie artificielle, et en une incision périnéale pour éviter le contact de l'urine avec l'urèthre blessé. Alors on a incisé l'urèthre de dessus et on l'a réparé. Le malade eut une bonne guérison et maintenant on peut passer dans la vessie une sonde de n° 29.

N. B. — L'auteur a communiqué quatre autres cas de rupture de l'urèthre ; dans tous ces cas, la lésion s'est produite pendant le coït. Dans un de ces cas, l'accident fut suivi, quelques jours après, par une forte infiltration d'urine et la gangrène de toute la peau du pénis. On a fait la greffe cutanée par la méthode de Theirsch, avec de très bons résultats.

OBSERVATION XIX

Hospice de l'Antiquaille, salle 2, lit n° 3.

Le malade, Cl... Adolphe, âgé de 27 ans, entre le 23 avril 1899, pour un chancre datant d'un mois environ ; pas de renseignements exacts sur la date du coït infectant, le malade

verrait toujours la même femme. Le chancre siège sur le fourreau, à la partie supérieure. C'est une érosion simple, non creusée, à fond rouge et saignante, non purulente. Induration parcheminée très nette. Grandeur pièce de 50 centimes.

Lymphite dorsale de la verge.

Ganglions bi-inguinaux très nombreux.

2 et 3. — Aussi des ganglions épitrochléens et cervicaux.

Roséole au début sur les flancs.

Pas de plaques muqueuses.

Blennorrhagie datant d'un mois et demi.

4 septembre. — Persistance de la chaudepisse à l'état chronique.

Cicatrisation incomplète du chancre.

Demande la sortie.

3 novembre. — Blennorrhagie non guérie. Il y a cinq jours, le 30 octobre, le malade tenait le sabot d'un cheval, lorsque celui-ci détacha une ruade. Le sabot vint comprimer la verge du malade contre la face interne de sa cuisse gauche : chute, douleur violente au niveau de la verge ; l'extrémité de celle-ci était œdématiée et laissait sourdre une certaine quantité de sang. Le malade reste 14 heures sans uriner, *sans même essayer d'uriner*. Il entre dans le service après ces 14 heures. L'œdème de la verge persiste : au niveau du jabot on constate une bosse sanguine de couleur foncée. On pratique le cathétérisme et l'on constate une rupture interstitielle de la portion pénienne du canal.

L'urine, malgré la rétention, s'écoule en bavant. Le malade est soulagé ; on laisse une sonde à demeure. Le lendemain, nouveau cathétérisme, le malade n'ayant pas pensé à uriner de la nuit. Ce qui fait donc que le malade n'a éprouvé, durant 24 heures, aucune gêne par suite de la distension vésicale.

OBSERVATION XX.

(Due à l'obligeance de M. Brisson, interne).

Hospice de l'Antiquaille, salle 1^{re}, lit n° 18.

Le nommé P. François, âgé de 57 ans, entre à l'Hôpital, le 14 novembre 1899.

Pas d'antécédents vénériens ; alcoolisme douteux.

Il ya dix-sept jours, le dimanche 29 octobre, au soir, le malade fut blessé par sa femme qui, dit-il, lui saisit inopinément la verge en la serrant et la tordant très violemment. La douleur fut intense et le malade perdit immédiatement connaissance. Lorsqu'il revint à lui, son pantalon était inondé de sang, mais l'hémorragie s'était arrêtée ; le mardi, la miction devient sanglante, puis l'uréthrorrhagie disparut : l'urine s'écoulait sans difficulté et une seule fois, depuis, le sang est réapparu. Le malade entre à l'hôpital pour les douleurs pénienues qui vont croissant. Les urines sont claires, sans albumine.

A l'examen, la verge est énorme, œdématiée, un peu tordue sur son axe ; le gland volumineux, irrégulier du fait d'une ancienne brûlure que le malade se fit étant enfant. Dans les replis balano-préputial, à sa partie inférieure, de chaque côté du pénis, on voit deux ulcérations noirâtres gangréneuses par où s'écoule un pus épais, sanieux, rougeâtre.

L'exploration du canal au moyen d'une sonde de Nélaton d'abord, de bougies conductrices ensuite, montre qu'à 4 cm. environ du méat, l'urèthre est absolument imperméable. Si l'on essaye de faire une irrigation dans l'urèthre, on constate que le liquide injecté ressort par les ulcérations de la base du gland.

Le scrotum, à droite seulement, de même que le périnée présente des dilatations vicieuses, variqueuses, formant un plexus très dense.

Etat général mauvais. Température, 39° ; langue saburrale. Pas d'albuminurie.

15 novembre. — Le malade est soigné par des lavages de la partie antérieure du canal au sublimé à 1/2000 et des applications de cataplasmes de farine de lin sur la verge. Température : 40°5.

17 décembre 1899. — Température baisse ; les eschares qui recouvrent les deux ulcérations se détachent sur leurs bords.

18 décembre. — Les douleurs ont repris avec beaucoup d'intensité ; la température monte à 40° 5.

19 décembre. — Les douleurs ont un peu diminué. Le malade se sent mieux ; peu d'albumine. L'eschare située sous

le gland devient plus profonde : le gland tout entier tend à prendre une coloration noire.

20 décembre. — La température s'est relevée ce soir. Le malade a un teint terreux, cachectique ; toux fréquente.

Quelques râles sous-crépitaux aux deux bases mêlées de sibilances, rien au cœur. Urines sans albumine.

21 décembre. — Etat général de plus en plus mauvais ; pouls petit. Température : 38° 5, le matin ; 40° 5, le soir.

Le gland ne tient plus au pénis que par sa partie antérieure. Toute la partie postérieure s'est éliminée et laisse voir une cavité large, anfractueuse, profonde, communiquant avec l'extérieur par le méat.

22 décembre. — Etat général mauvais ; respiration faible, ralentie ; le malade répond à peine aux questions. Il meurt tranquillement à 1 heure de l'après-midi.

24 décembre. — Autopsie 40 heures après la mort.

L'examen du gland et du pénis ne donne pas d'autres renseignements que ceux constatés pendant la vie : l'exploration du canal au moyen de la sonde cannelée et du stylet montre la présence d'une cavité large au-delà de laquelle on pénètre dans l'urèthre. L'instrument explore environ 4 centimètres du canal, puis il est arrêté à ce niveau sans pouvoir aller plus loin. La dissection du pénis et du canal sur la sonde cannelée amène directement dans la cavité. Celle-ci commence à la partie moyenne du gland pour se terminer, en s'effilant, à 1 cent au-dessous environ. Tout le corps du gland est excavé ; il n'en reste plus que la partie antérieure. La cavité s'ouvre en arrière dans la région du frein ; elle est irrégulière, ses parois noires, sanieuses, se déchirant facilement sous la moindre pression. Le méat s'ouvre dans sa partie antérieure.

Au-dessous de la cavité, l'on trouve une portion d'urèthre saine de 2 cent. de largeur, puis une solution de continuité anfractueuse, au-delà de laquelle on retrouve le tronçon postérieur de l'urèthre, sain et perméable à la sonde cannelée jusqu'à la vessie.

Le tronçon de canal situé entre la cavité gangréneuse du gland et le point rompu est décollé par un épanchement urinaire, peu abondant, allant jusqu'au prépuce distendu et qui donne de l'urine à l'incision. Il semble donc y avoir eu deux

processus : l'un gangréneux, au niveau des érosions sous-balaniques vues à l'entrée du malade, et qui a rongé le gland et la partie attenante du corps spongieux ; l'autre urinaire, dont le point de départ siège à 4 cent. en arrière du gland, à l'endroit où la sonde était arrêtée et par où s'est fait l'épanchement d'urine qui a envahi le prépuce.

Portion postérieure du canal saine. Prostate normale. La vessie est absolument intacte. Rien dans les bourses, ni dans la région prévésicale.

Foie et reins normaux comme poids et comme aspect.

Poumons volumineux, distendus, laissant écouler une grande quantité de liquide d'œdème à l'incision.

Quelques bouchons purulents dans les petites bronches, au voisinage du hile.

Rien au sommet, pas de tubercules, pas de cavernes.

Cœur normal.

Un peu d'athérome aortique.

CONCLUSIONS

I — La rupture traumatique du canal pénien est la solution de continuité de la portion de l'urèthre comprise entre l'angle pré-pubien et le méat, et survenue à la suite d'un traumatisme de nature variée.

II. — L'état d'érection de la verge est une cause prédisposante de premier ordre et, parmi les causes déterminantes, c'est le coït qui est la plus fréquente.

III. — Le symptôme pathognomonique de toute rupture de l'urèthre est l'uréthrorrhagie survenant presque toujours au moment de l'accident.

IV. — La rupture de l'urèthre pénien est bénigne en elle-même : les complications les plus à craindre sont l'infiltration urinaire, la gangrène et la septicémie.

V. — Le rétrécissement qui survient après une durée variable constitue une complication tardive inévitable, si l'on n'a pas cherché à la prévenir par les précautions habituelles.

VI. — Le diagnostic des ruptures de l'urèthre repose sur l'existence de l'urétrorrhagie ; le pronostic dépend de la nature des complications.

VII. — Quant au traitement, ce sont uniquement ces dernières qui doivent le guider.

VU :

Le Président de la Thèse,

VICTOR AUGAGNEUR.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juillet 1900.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BOLLARD. — Etude sur les contusions de l'urèthre (Th. de Paris, 1875).
- CAMIS-DÉBAT. — Contribution à l'étude des fractures de la verge (th. de Paris, 1885).
- TERRILLON. — Des ruptures de l'urèthre (th. d'agrégation, 1878).
- GUYON F. — Leçons cliniques sur les maladies des voies génito-urinaires (2^e éd. Paris, 1885).
- ANNALES *des maladies des organes génito-urinaires* de 1883 à 1900.
- VOILLEMIER. — Traité des maladies des voies génito-urinaires V 1.
- GAZETTE *des hôpitaux civils et militaires*.
- DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis, Paris, 1877.
- DEMARQUAY. — Mémoire sur les contusions et les déchirures de l'urèthre (*Union médicale*, 1858).
- FRANC J. — Observations sur les rétrécissements de l'urèthre par cause traumatique et sur leur traitement, Montpellier, 1840.
- FRANC PIERRE. — Traité de médecine pratique, t. III, traduit du latin, par J. M. Gourdareau, Paris, 1820.
- TESTUT. — Traité d'anatomie, ed. 2 et 3, T. III, Paris.
- POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires.

